

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110

Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br

SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro

Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764

SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06

Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216

Formulário para solicitação de Assistência Farmacêutica em estabelecimentos Pré-Hospitalar, na Farmácia Hospitalar e outros serviços de saúde similares

INSTITUIÇÃO:

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ Município: _____

Tipo do estabelecimento:

- Clínica Oncológica
 Unidade Mista de Saúde
 Estabelecimento de atendimento pós-hospitalar
 Hospital Geral / Especializado _____
 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
 Número de Leitos Ativos _____

Procedimentos de alta complexidade e/ou criticidade atendidos:

- Assistência Cardiovascular
 Serviço de Hemodiálise
 Assistência a Queimados
 Transplantes em Geral
 Cirurgias de alta complexidade e/ou criticidade
 Oncologia Unidade de Terapia Intensiva em geral. Nº leitos _____
 Pronto Socorro. Nº leitos _____

Horário de Funcionamento da Farmácia:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110

Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br

SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro

Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764

SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06

Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216

DADOS INDIVIDUAIS DO FARMACÊUTICO:

Nome: _____

Função: _____

Tempo de serviço em Farmácia Hospitalar: _____

	Graduação	Aperfeiçoamento	Especialização	Mestrado	Doutorado
Instituição					
Área de Concentração					
Ano de Conclusão					

Atividades atualmente desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia são:

<input type="checkbox"/> Seleção de fornecedores	<input type="checkbox"/> Manipulação de Germicidas
<input type="checkbox"/> Gestão de estoque	<input type="checkbox"/> Preparo de Mistura Intravenosa
<input type="checkbox"/> Distribuição	<input type="checkbox"/> Preparo de Nutrição Parenteral
<input type="checkbox"/> Fracionamento de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância
<input type="checkbox"/> Farmacotécnica	<input type="checkbox"/> Farmácia satélite
<input type="checkbox"/> Pesquisa Clínica	<input type="checkbox"/> Farmácia ambulatorial
<input type="checkbox"/> Manipulação de Antineoplásicos	
Participação em Comissões:	Sistema de Dispensação:
<input type="checkbox"/> Comissão de Farmácia e Terapêutica	<input type="checkbox"/> Coletivo
<input type="checkbox"/> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/> Individualizado
<input type="checkbox"/> Comissão de Licitação e Parecer Técnico	<input type="checkbox"/> Dose Unitária
<input type="checkbox"/> Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/> Misto. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.	<input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente
<input type="checkbox"/> Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos	<input type="checkbox"/> Armário de urgência
<input type="checkbox"/> Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/> Kits Cirúrgicos
<input type="checkbox"/> Carros de parada - Quantidade: _____	

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110

Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br

SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro

Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764

SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06

Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216

Eu,....., tenho conhecimento de que a omissão da informação ou declaração falsa no presente documento, poderá me sujeitar à ação criminal por “Falsidade Ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de falta ética, conforme disposto no artigo 18 inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

Declaro ainda que tenho ciência teor da Deliberação Nº e que serei fiscalizado(a) de acordo com a Ficha de Verificação do Exercício Profissional (FVEP).

_____, _____ de _____ de _____

Farmacêutico (a) responsável

Diretor do hospital